



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі Хондратенко
Фамилия

2. Аты Андреева
Имя

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) Әбдиевна

4. № 038537612
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца [Signature]

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

СЕРИЯСЫ АЖ № 1274027
СЕРИЯ

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПШАНЫҢ
ИЕСІ ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ
ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

1. Негізгі мамандығы урткер медицина
Основная профессия

2. Лауазымы урткер медицина
Должность

3. Жұмыс орны КРҮ "ОШ № 4"
Место работы п. Аршалов

4. Туған жері, айы, күні 08.08.1957.
Дата рождения

5. Мекен-жайы п. Аршалов
Место жительства ул. Аманжол
Уманова 5

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАМАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

Күн Дата	Аттестаттау туралы белгі Отметка об аттестации	Оқыту мен аттестаттауды өткізген ұйым басшысының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись руководителя
-------------	---	---

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « » жыл/ай/күн Допуск к работе « » дата-месяц/год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
	Допуск к работе 23.11.09 2023	
	Допуск к работе 01.09.2024	